



P.O. Box 3599
Topeka, KS 66601-9738
Teléfono: 1-800-792-4884

INFORME/DATOS DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD

Caso de asistencia médica

Claimant's First Name: _____ Middle: _____ Last: _____

Social Security Number: _____ Date of Birth: _____ Case Number: _____

I. INFORMACIÓN SOCIAL

Brinde información social en función de las declaraciones del solicitante, las observaciones del trabajador social y la narrativa del caso. Por favor sea lo más específico posible.

A. Condición o condiciones incapacitantes: Describir e incluir la causa, duración, respuesta al tratamiento, etc.

B. Efecto de la discapacidad del solicitante: Describir en términos de:

1. Movilidad y limitación de las actividades físicas ordinarias:

2. Dependencia de otras personas para recibir ayuda o servicios:

3. Dispositivos o prótesis necesarios: (por ejemplo: audífono, muletas, prótesis, etc.)

4. Actitud y adaptación: (¿Qué puede hacer el solicitante con las capacidades restantes?)

I. INFORMACIÓN SOCIAL (continuación)

C. Habilidad mental: Evalúe brevemente a partir de su observación e indique cualquier comportamiento inusual y, si es pertinente, incluya la capacidad del solicitante para leer, escribir, manejar las finanzas, participar en entrevistas, comprender y seguir instrucciones, etc.

D. Si está empleado actualmente, indique detalladamente el tipo de trabajo, la cantidad y el tipo de actividad física que debe realizar, la supervisión requerida y el promedio de ingresos mensuales y horas trabajadas. ¿Es el empleo subvencionado, requerido por el KDHE o protegido?

E. Beneficios por discapacidad: ¿El solicitante alguna vez pidió beneficios por discapacidad del Seguro Social o ingresos de seguro suplementario?

Marque las siguientes casillas según corresponda:

	No	Sí	Fecha de presentación	Fecha de autorización de la reclamación	Fecha de denegación de la reclamación
OASDI:					
SSI:					

Indique cualquier motivo para la **denegación de la reclamación** (o adjunte la documentación de la denegación):

II. HISTORIA MÉDICA

A. ¿Ha consultado el solicitante a un médico/clínica/proveedor médico por su enfermedad o lesión?

No Sí

Si la respuesta es "Sí", proporcione lo siguiente por cada proveedor que tenga expedientes médicos del solicitante.

Nombre del proveedor: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

Motivos de las visitas: _____

Tipo de tratamiento recibido: _____

Fecha en la que vio por primera vez a este proveedor: _____ Fecha en la que vio por última vez a este proveedor: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

Motivos de las visitas: _____

Tipo de tratamiento recibido: _____

Fecha en la que vio por primera vez a este proveedor: _____ Fecha en la que vio por última vez a este proveedor: _____

Si hubo proveedores adicionales que participaron en esta reclamación, haga una copia de la página 3 y adjúntela a este formulario.

II. HISTORIA MÉDICA (continuación)

B. ¿El solicitante ha sido HOSPITALIZADO o tratado en una CLÍNICA/INSTITUCIÓN debido a su enfermedad o lesión? No Sí

Si responde "Sí", indique lo siguiente para cada hospitalización:

Nombre del hospital o clínica: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

¿Estuvo el solicitante internado? (Se quedó al menos una noche). No Sí

Cuáles fueron las fechas de admisión y alta de la internación: Del _____ al _____

¿En algún momento durante esta internación hospitalaria fue su condición "crítica"? No Sí

Si es así, explique: _____

¿Fue el solicitante un paciente ambulatorio? No Sí

Motivo de la hospitalización o visitas a la clínica: _____

Tipo de tratamiento recibido: _____

Nombre del hospital o clínica: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

¿Estuvo el solicitante internado? (Se quedó al menos una noche). No Sí

Cuáles fueron las fechas de admisión y alta de la internación: Del _____ al _____

¿En algún momento durante esta internación hospitalaria fue su condición "crítica"? No Sí

Si es así, explique: _____

¿Fue el solicitante un paciente ambulatorio? No Sí

Motivo de la hospitalización o visitas a la clínica: _____

Tipo de tratamiento recibido: _____

Si hubo proveedores adicionales que participaron en esta reclamación, haga una copia de la página 4 y adjúntela a este formulario.

II. HISTORIA MÉDICA (continuación)

C. ¿El solicitante ha sido examinado por OTRAS AGENCIAS por su lesión o enfermedad? (VA, Compensación de Trabajadores, Rehabilitación Vocacional, etc.) No Sí

Si la respuesta es "Sí", indique lo siguiente para cada agencia:

Nombre de la agencia: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

Número de reclamación: _____

Fechas de las visitas: _____

Tipo de tratamiento o evaluación recibidos: _____

Nombre de la agencia: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

Número de reclamación: _____

Fechas de las visitas: _____

Tipo de tratamiento o evaluación recibidos: _____

Nombre de la agencia: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

Número de reclamación: _____

Fechas de las visitas: _____

Tipo de tratamiento o evaluación recibidos: _____

Si hubo agencias adicionales que participaron en esta reclamación, haga una copia de la página 5 y adjúntela a este formulario.

IV. INFORMACIÓN LABORAL (continuación)

Proporcione la siguiente información para cada empleo indicado en el cuadro de la página anterior.

B. Cargo laboral: _____

En su empleo usted:

¿Utiliza máquinas, herramientas o equipos de cualquier tipo? No Sí

¿Utiliza conocimientos o habilidades técnicas? No Sí

¿Escribe material, completa informes o realiza tareas similares? No Sí

¿Tiene responsabilidades de supervisión? No Sí

C. Describa sus tareas básicas (explique lo que hacía y cómo lo hacía) a continuación. Además, explique todas las respuestas afirmativas ofreciendo una DESCRIPCIÓN COMPLETA de los tipos de máquinas, herramientas o equipos que usó y la operación exacta que realizaba, el conocimiento técnico o las habilidades comprendidas, el tipo de material que redactaba y la naturaleza de los informes, y la cantidad de personas que supervisaba y el alcance de dicha supervisión.

D. Describa el tipo y la cantidad de actividad física que implicaba este empleo durante un día típico en términos de:

1. Caminar (Marque con un círculo la cantidad de horas diarias que pasaba caminando)

0 1 2 3 4 5 6 7 8

2. Permanecer de pie (Marque con un círculo la cantidad de horas diarias que permanecía de pie)

0 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Permanecer sentado (Marque con un círculo la cantidad de horas diarias que pasaba sentado)

0 1 2 3 4 5 6 7 8

4. Inclinar (seleccione la frecuencia con la que debía inclinarse)

Nunca Ocasionalmente Con frecuencia Constantemente

5. Estirar los brazos (seleccione la frecuencia con la que debía estirar los brazos)

Nunca Ocasionalmente Con frecuencia Constantemente

6. Levantar y trasladar Describa a continuación qué levantaba y cuán lejos debía trasladarlo:

E. Marque el mayor peso levantado y el peso que habitualmente levantaba y/o trasladaba:

MAYOR PESO LEVANTADO		PESO LEVANTADO/TRASLADADO HABITUALMENTE	
<input type="checkbox"/>	10 libras	<input type="checkbox"/>	Hasta 10 libras
<input type="checkbox"/>	20 libras	<input type="checkbox"/>	Hasta 25 libras
<input type="checkbox"/>	50 libras	<input type="checkbox"/>	Hasta 50 libras
<input type="checkbox"/>	100 libras	<input type="checkbox"/>	Más de 50 libras
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Más de 100 libras

Por cada empleo adicional en el que haya trabajado en los últimos 15 años, haga copias de esta página y adjúntelas al formulario.

V. OBSERVACIONES

Use este espacio para ampliar cualquier pregunta anterior o explicar cualquier otro factor que considere que deba tenerse en cuenta para determinar si existe una discapacidad.

_____ Fecha
El solicitante principal debe firmar aquí

_____ Fecha
Otro adulto, como un padre, madre, cónyuge o **representante médico**, debe escribir su nombre en letra de imprenta y firmar aquí (opcional)

_____ Fecha
Si el solicitante principal no puede firmar, o firmó con una "X", indique a un primer testigo firmar aquí

_____ Fecha
Si el solicitante principal no puede firmar, o firmó con una "X", indique a un segundo testigo firmar aquí

Si este formulario fue completado por otra persona que no es el solicitante:

Nombre en letra de imprenta: _____ Teléfono: _____

Dirección postal: _____ Correo electrónico: _____

Ofrecemos servicios de interpretación sin costo alguno.